



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS
AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

Insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique

Actualisation juin 2009

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Avertissement	2
2. Critères médicaux d'admission en vigueur (<i>Haut Comité médical de la Sécurité Sociale – 2002</i>)	3
Définition.....	3
Étiologies	3
Diagnostic et évaluation de la gravité.....	4
Traitement.....	5
3. Listes des actes et prestations	7
3.1 Actes médicaux et paramédicaux	7
3.2 Biologie.....	9
3.3 Actes techniques	10
3.4 Traitements pharmacologiques.....	11
3.5 Dispositifs implantables et chirurgie	12

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la Liste des Actes et Prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Avertissement

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, a créé la Haute Autorité de santé et a précisé ses missions, notamment dans le domaine des affections de longue durée (article R.161-71 du Code de la Sécurité sociale).

En son article 6, elle modifie l'article L.322-3 du Code de la Sécurité sociale, qui définit les circonstances d'exonération du ticket modérateur pour l'assuré, et l'article L.324-1 du même Code, qui précise les obligations en cas d'affection de longue durée, notamment celle d'établir un protocole de soins de façon conjointe entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Conformément à ses missions, fixées par le décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004, la Haute Autorité de santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1, pour lesquelles la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application du 3° de l'article L.322-3.

Ces recommandations portent le cas échéant sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation. La liste des actes et prestations qui suit pour l'insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique cible ainsi l'ensemble des prestations qui peuvent apparaître justifiées pour la prise en charge d'un malade en ALD, lors d'un suivi ambulatoire. Elle doit servir de base aux protocoles de soins pour les patients en ALD, en sachant que certaines situations particulières de complications faisant l'objet d'hospitalisation peuvent être à l'origine d'actes et de soins non listés ici.

2. Critères médicaux d'admission en vigueur (*Haut Comité médical de la Sécurité Sociale – 2002*)

Définition

Une altération de la fonction pompe du cœur constitue le dénominateur commun de toutes les insuffisances cardiaques.

Une insuffisance cardiaque peut justifier l'exonération du ticket modérateur :

- 1. soit par la gêne fonctionnelle et l'invalidité socio-professionnelle qu'elle entraîne,*
- 2. soit par sa gravité pronostique, la possibilité de mort subite restant relativement imprévisible.*

Étiologies

Les insuffisances cardiaques comprennent :

- I. les insuffisances ventriculaires gauches*
 - dues à une atteinte myocardique primitive (cardiomyopathie hypertrophique obstructive ou non, cardiomyopathie dilatée ...)*
 - secondaires à une maladie coronaire (avec ou sans séquelle d'infarctus)*
 - secondaires à une surcharge de pression (hypertension artérielle, rétrécissement aortique....) ou de volume (insuffisance aortique ou mitrale....), à une cardiopathie congénitale.*
- II. les insuffisances ventriculaires droites secondaires à une insuffisance cardiaque gauche (insuffisance cardiaque globale), à une hypertension artérielle pulmonaire qu'elle qu'en soit la cause (pulmonaire le plus souvent, post-embolique, primitive..), une pathologie valvulaire pulmonaire ou tricuspide, une cardiopathie congénitale.*
- III. les insuffisances cardiaques secondaires à un trouble du rythme rapide et prolongé ou subintrant (cardiopathies rythmiques). Les tachycardies ventriculaires sont souvent hémodynamiquement mal tolérées, d'autant que la pompe cardiaque n'est pas souvent indemne. Des troubles du rythme supraventriculaire, notamment les arythmies complètes (fibrillation auriculaire) à fréquence ventriculaire rapide, peuvent induire une « cardiomyopathie rythmique » avec régression des signes d'insuffisance cardiaque et*

de la dilatation ventriculaire si le rythme sinusal peut être durablement rétabli.

- IV. *il faut connaître la prévalence croissante des insuffisances ventriculaires à fonction systolique d'éjection normale, insuffisances cardiaques dites « diastoliques », notamment chez le sujet âgé et en cas de cardiomyopathie restrictive (hémochromatose, amylose, fibrose..).*
- V. *les insuffisances cardiaques qui ne sont pas des insuffisances ventriculaires relèvent d'un traitement spécifique : obstacle intra-cardiaque (rétrécissement mitral ou tricuspïdien, thrombose auriculaire, myxome...), adiasolies péricardiques.*

Diagnostic et évaluation de la gravité

Le diagnostic et l'évaluation de la gravité se fondent sur :

1. des critères fonctionnels

témoignant de la gêne fonctionnelle d'effort (essoufflement et/ou fatigue ...) non expliqués par une anémie, une altération de la fonction respiratoire, une prise de poids ou une affection intercurrente récente.

Est généralement retenue la classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque proposée par la New York Heart Association.

Schématiquement :

- I. activité physique habituelle asymptomatique*
- II. limitation de l'activité physique pour les efforts de la vie courante*
- III. limitation importante de l'activité, les symptômes apparaissent pour des efforts modérés*
- IV. symptômes permanents, même au repos*

L'invalidité fonctionnelle doit être considérée comme gênante à partir de la classe II. Lorsque l'interrogatoire est litigieux et/ou situe le sujet en classe fonctionnelle I, il peut être licite de quantifier l'aptitude à l'effort, par la mesure de la distance parcourue au cours d'un test de marche de 6 minutes (inférieur à 500 mètres en cas d'insuffisance cardiaque) et /ou une épreuve d'effort avec mesure conjointe des gaz respiratoires (la valeur maximale de la Vo2 obtenue à l'effort est inférieure à 75 % des valeurs théoriques rapportées au poids pour le sexe et pour l'âge).

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque peut être difficile à affirmer, notamment chez le vieillard où la gêne fonctionnelle à l'effort est souvent d'origine multifactorielle et la part cardiaque difficile à objectiver.

2. Des indices de gravité hémodynamique

Ils confirment le diagnostic en cas de gêne fonctionnelle, ils sont suffisants à faire porter le diagnostic d'insuffisance cardiaque grave relevant d'une exonération du ticket modérateur, si la fraction d'éjection ventriculaire gauche calculée inférieure à 45% (mesure échocardiographique ou mieux isotopique) ou si l'accroissement de la pression capillaire pulmonaire est estimée égale ou supérieur à 20 mmHg (notamment pour les insuffisances cardiaques avec fraction d'éjection conservée). Les pressions de remplissage ventriculaire gauche peuvent être le plus souvent évaluées sur des critères indirects radiologiques et surtout échocardiographiques Doppler.

Certaines atypies des structures endocardiques affirmées par l'échocardiographie Doppler, non symptomatiques et hémodynamiquement bénignes (la plupart des prolapsus valvulaires mitraux...) ne relèvent pas d'une exonération du ticket modérateur. C'est le degré de l'insuffisance mitrale éventuellement associée et son retentissement fonctionnel, non l'aspect anatomique et échographique, qui doivent être pris en compte dans la reconnaissance comme Affection de Longue Durée.

3. Des indices de gravité rythmique :

enregistrement de potentiels tardifs et surtout de troubles du rythme auriculaire, et plus encore ventriculaire, symptomatiques ou soutenus, objectivés lors d'épreuves d'effort ou d'enregistrements Holter.

Traitement

Tout malade atteint d'insuffisance cardiaque doit être prioritairement « éduqué », informé en détail :

- 1. de ses contraintes alimentaires, notamment régime plus ou moins désodé, quantifié et surtout régulièrement suivi.*
- 2. des circonstances susceptibles de déstabiliser son état cardiaque,*
- 3. des modalités de surveillance (poids, quantification de l'essoufflement...).*

Au stade III, il est démontré qu'un reconditionnement musculaire par réadaptation physique (initié sous surveillance médicale) peut accroître les possibilités fonctionnelles à l'effort et améliorer la qualité de vie.

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, des études contrôlées récentes ont montré qu'outre le traitement digitalo-diurétique traditionnel, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et certains bêtabloquants à doses strictement contrôlées ont un effet favorable sur la morbi-mortalité des insuffisances ventriculaires. Du fait de la fréquence des complications

thrombo-emboliques veineuses et artérielles de la maladie, l'indication d'un traitement anti-coagulant préventif ou curatif est souvent nécessaire. Dans l'insuffisance ventriculaire à fonction systolique conservée, surtout chez le vieillard, il faut être conscient de l'efficacité limitée des traitements médicamenteux, notamment digitalo-diurétiques.

Toutes les cardiopathies valvulaires ou congénitales opérées doivent continuer à bénéficier d'une prise en charge avec exonération du ticket modérateur. De même chez tous les malades valvulaires, la surveillance et la prophylaxie des risques infectieux doivent être exonérées du ticket modérateur.

L'exonération du ticket modérateur doit s'appliquer à toute cardiopathie congénitale mal tolérée ou ayant un haut risque évolutif.

En cas de troubles du rythme, il faut le plus souvent mettre le malade à l'abri des complications thrombo-emboliques par un traitement anti-coagulant, ralentir la fréquence ventriculaire et si possible rétablir le rythme sinusal. Toutes les tachycardies ventriculaires et les troubles du rythme supraventriculaires (arythmies complètes, flutter, tachycardies atriales, maladies rythmiques auriculaires... dès lors qu'ils sont permanents ou récidivants à court terme, qu'ils exposent aux accidents thrombo-emboliques et qu'ils justifient l'administration continue d'un traitement anti-coagulant) doivent être considérés comme troubles du rythme graves et exonérés du ticket modérateur. En revanche, les troubles du rythme paroxystiques de la conduction auriculo-ventriculaire appareillés par un stimulateur cardiaque, les troubles de la conduction intracardiaque non symptomatiques, les tachycardies jonctionnelles par rythme réciproque (traditionnelle maladie de Bouveret), les hyperexcitabilité supraventriculaires ou ventriculaires non soutenues survenant sur des cœurs normaux ne sont pas justiciables d'une exonération du ticket modérateur.

3. Listes des actes et prestations

3.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous
Cardiologue	Tous Durant la phase de titration des bêtabloquants et lors de l'introduction de nouvelles classes thérapeutiques (ARA 2, antialdostérone) Suivi systématique si : <ul style="list-style-type: none">- atteinte valvulaire- angor- arythmie- femme enceinte ou désireuse de l'être- IC grave ne répondant pas au traitement conventionnel- bronchite chronique, asthme associé
Médecin de réadaptation cardio-vasculaire	Si l'état clinique du patient permet une réadaptation
Infirmière	Personne âgée avec handicap
Diététicien	Obésité (prestation dont la prise en charge n'est possible que dans le cadre de centres hospitaliers ou de réseaux)
Néphrologue	Insuffisance rénale sévère
Pneumologue	Pathologie pulmonaire sévère associée
Endocrinologue Diabétologue	Dysthyroïdie Diabète mal équilibré
Centre spécialisé des addictions	Aide au sevrage de l'alcool ou à d'autres sevrages
Gériatre	Personne âgée polyopathologique (en particulier avec des troubles cognitifs)
Prise en charge multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none">- IC instable- IC ayant déjà occasionné des hospitalisations

Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique doit veiller à la bonne compréhension du patient ayant une insuffisance cardiaque et à celle de sa famille : intelligibilité de la maladie, maîtrise de l'autosurveillance et de l'autotraitement. Elle comporte :

- Une information qui porte sur l'insuffisance cardiaque et ses symptômes et précise les signes d'alarme qui doivent conduire à un autotraitement (diurétique) et à une consultation.
- Une information sur les thérapeutiques prescrites, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et les résultats de ces examens.
- Une information sur les traitements à interrompre dans la mesure du possible et sur les médicaments à éviter (suppléments potassiques, AINS, inhibiteurs calciques).

Cette information est délivrée par le médecin généraliste et peut être complétée par l'intervention d'autres professionnels (médecin spécialiste, infirmier).

L'adaptation du mode de vie comporte :

- Un apprentissage, qui porte sur les règles nutritionnelles (apport hydrique de 1-2 l/jour, consommation de sel NaCl < 6 g/jour) et les gestes techniques (autosurveillance du poids au moins 2 fois par semaine, de la fréquence cardiaque, de la PA).
- La pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient.
- Une réduction de l'obésité, la suppression du tabac.
- Des conseils pour la vie quotidienne, les activités sexuelles, les voyages, etc.

Ces actions d'éducation thérapeutique requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des patients ou par une éducation de groupe. La coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées.

Le remboursement des prestations du diététicien n'est pas prévu par la législation.

3.2 Biologie

Examens	Situations particulières
Créatininémie Natrémie, Kaliémie	En cas d'événements intercurrents À chaque étape de la phase de titration (IEC, diurétique, antialdostérone, ARA 2) Après toute modification thérapeutique significative (IEC, ARA 2, antialdostérone, diurétique)
Hémogramme	En cas d'événements intercurrents
Enzymes hépatiques Glycémie	En cas d'événements intercurrents
CRP Uricémie	Selon contexte
TSH INR	Dysthyroïdie Traitement anticoagulant
BNP et NT pro-BNP	En cas de doute diagnostique

3.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	Tous les patients - En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique - Lors de la titration des bêtabloquants
Échocardiographie	Tous les patients - En cas de signe d'appel - En cas de traitement susceptible de modifier la fonction cardiaque - En cas d'atteinte valvulaire importante
Radiographie pulmonaire	Tous les patients - En cas de signe d'appel
Coronarographie	- En cas d'angor - En cas d'éléments en faveur d'une ischémie myocardique
Holter ECG	Sous condition - En cas de trouble du rythme cardiaque - En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique
Scintigraphie myocardique	Sous condition - En cas d'IC avec angor ou éléments en faveur d'une ischémie myocardique
Angiographie isotopique	Sous condition - Échocardiogramme peu informatif

3.4 Traitements pharmacologiques

Traitements pharmacologiques (1)	Situations particulières
Diurétiques	En cas de rétention hydrosodée Adaptation individuelle à chaque patient (posologie minimale)
IEC	Tous, sauf contre-indication Adaptation individuelle à chaque patient (posologie maximale)
Bêtabloquants	Tous, sauf contre-indication Adaptation individuelle à chaque patient (posologie maximale)
Antialdostérone	- chez les patients restant symptomatiques pouvant faire l'objet d'un suivi biologique attentif, sans insuffisance rénale
ARA 2	- en second recours, en cas d'intolérance aux IEC - associés aux IEC chez les patients restant symptomatiques pouvant faire l'objet d'un suivi attentif, vaccination
Digoxine	- En cas d'AC/FA à rythme ventriculaire rapide, malgré une dose optimale de bêtabloquants - En cas de symptômes persistants malgré un traitement optimal par bêtabloquant, IEC et/ou ARA2 et antialdostérone
Anticoagulants	- En cas d'AC/FA Adaptation individuelle à chaque patient
Aspirine à dose faible	Pathologie coronaire
Vaccination antigrippale et vaccination anti pneumococcique	Tous
Oseltamivir (Tamiflu)	- Traitement prophylactique de la grippe après contact avec un cas de grippe cliniquement diagnostiqué, en période de circulation du virus chez les sujets à risques - Traitement curatif de la grippe des sujets à risques Oseltamivir <i>n'est pas une alternative à la vaccination</i>

1 Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.)

Traitements pharmacologiques (1)	Situations particulières
	<i>antigrippale</i>
Zanamivir (Relenza)	Prophylaxie de la grippe post contact pour les sujets à risque <i>Relenza n'est pas une alternative à la vaccination antigrippale.</i>

3.5 Dispositifs implantables et chirurgie

Dispositifs ou chirurgie	Situations particulières
Stimulation biventriculaire	Patients implantés Suivi spécialisé
Défibrillateurs implantables	Patients implantés Suivi spécialisé
Chirurgie cardiaque	En cas d'intervention cardiaque Suivi spécialisé



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr